FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice DERVILLE

Né à Lille, le 12 octobre 1894

Interne des Hôpitaux de Paris

DE L'HYDRORRHÉE UTÉRINE

NON GRAVIDIQUE

Président : M. MÉNÉTRIER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNI
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. PRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentle.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR LÉON DERVILLE

Médecin de l'Hôpital de la Charité de Lille
Professeur de Dermatologie au dispensaire Saint-Sauveur
de l'Université catholique de Lille
Ancien président de la Société des Sciences médicales de Lille
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
Chevalier de l'ordre Pontifical de Saint-Grégoire le Grand.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE CAPITAINE AUGUSTE DERVILLE

du 31e B. C. P.
Chevalier de la Légion d'honneur
Mort au Champ d'honneur : Soyécourt (Somme)
le 4 septembre 1916.

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette thèse qui marque la fin de nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier tous les maîtres, qui nous ont accueilli successivement dans leurs services hospitaliers.

Nous voulons plus particulièrement exprimer notre reconnaissance au Dr Parmentier, médecin de l'Hôtel-Dieu, pour les conseils qu'il nous a si souvent prodigués et pour l'accueil si affectueux que nous avons toujours reçu chez lui.

Nous témoignons aussi l'expression de toute notre gratitude au Dr Dalché ; c'est à lui que nous devons nos connaissances en gynécologie ; c'est lui qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail. Nous avons trouvé en lui le meilleur et le plus bienvaillant des maîtres.

Nous remercions aussi très vivement M. le Professeur Ménétrier d'avoir bien voulu accepter de présider notre thèse et nous garderons le meilleur souvenir dans l'année que nous avons passée dans son service.

DE L'HYDRORRHÉE UTÉRINE
NON GRAVIDIQUE

INTRODUCTION

L'hydrorrhée non gravidique est un symptôme sur lequel les traités classiques n'abondent pas en détails. Autant l'hydrorrhée au cours de la grossesse a été l'objet de travaux importants et de publications nombreuses, autant est réduite la littérature qui concerne l'hydrorrhée en dehors de l'état gravidique. Et pourtant, pour peu que l'on fréquente un service de gynécologie, on ne tarde pas à se rendre compte que ce symptôme n'est pas aussi rarement observé qu'on pourrait le supposer tout d'abord.

Les traités soit de gynécologie médicale, soit de chirurgie, signalent bien l'hydrorrhée au cours des manifestations qui traduisent diverses affections de l'utérus, mais ils ne font que la citer et ne s'étendent ni sur ses caractères bien particuliers, ni sur l'importance qu'il faut lui attribuer tant au point de vue du pronostic que du diagnostic.

Nous voudrions tout d'abord dans cette étude reprendre et développer les caractères qui font de l'hydrorrhée un symptôme très spécial de la pathologie utérine.

L'étude de sa pathogénie nous retiendra ensuite et nous essaierons de mettre en lumière les divers facteurs qui peuvent, soit isolément, soit le plus souvent en s'intriquant, produire cet écoulement aqueux par les voies génitales.

Après avoir, au point de vue étiologique et clinique, passé en revue les états pathologiques dans lesquels s'observe ce symptôme, nous insisterons tout particulièrement sur les hydrorrhées dites idiopathiques d'origine réflexe ou endocrinienne ou encore dues à des troubles du système nerveux végétatif (pneumo-gastrique et sympathique). Nous déduirons de cette étude les notions de pronostic et de traitement qui en découlent, et signalerons les erreurs de diagnostic auxquelles expose l'hydrorrhée.

C'est en suivant le service et la consultation de gynécologie de notre maître, M. le Dr Dalché, à l'Hôtel-Dieu, que nous avons été amenés à observer divers cas d'hydrorrhée et que nous avons décidé de prendre cette question pour sujet de thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ce n'est qu'au début du dix-neuvième siècle que l'hydrorrhée non gravidique a été l'objet d'un travail particulier assez important, en l'espèce la thèse de Lafosse soutenue en 1816 à Strasbourg et intitulée « de l'Hydrométrie ». Toutefois nos recherches bibliographiques nous ont permis de retrouver dans le Sepulchretum de Théophile Bonet paru en 1700 deux observations d'ailleurs succinctes et assez floues où il est question de « liquide aqueux contenu dans l'utérus de femmes qui n'étaient pas en état de gestation ».

A partir de 1816, les traités classiques de Boivin et Dugès, de Courty contiennent quelques observations d'hydrométrie symptomatique de diverses affections utérines ; dans la *Gazette médicale de Paris* en 1844, puis en 1855, nous avons noté aussi diverses communications faites sur ce sujet par Bard, Tissier (de Lyon) et Spanks.

L'hydrorrhée au cours du cancer du corps de l'utérus se trouve signalée pour la première fois par Charles West en 1858 ; un peu plus tard Mlle Coutzarida en faisait une étude assez complète dans sa thèse en 1884.

Après Worms (Société Clinique de Paris 1877) Trélat en 1890, puis son élève Berthault en 1891 insistent sur les « fibromyomes fluctuants et hydrorrhéiques de l'utérus ».

Dans la littérature étrangère, nous trouvons ce symptôme signalé dans les ouvrages classiques de Gaillard Thomas, Lawson Tait, etc... et plus récemment, à la fin du siècle dernier, l'hydrorrhée non gravidique était étudiée par divers auteurs dans plusieurs observations cliniques.

Les traités modernes de gynécologie signalent l'existence de l'hydrorrhée au cours du cancer, du fibrome, des métrites, etc... Notre maître, M. le Dr Dalché, en étudie le traitement dans la *Revue mensuelle de gynécologie* de mai 1919 au cours d'un article sur l'hypophyse dans les maladies des femmes ; la même année et sous son inspiration, son élève Neau en faisait le sujet de sa thèse. En 1920, l'hydrorrhée constituait le sujet d'une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu.

Quant à l'hydrorrhée thermale, elle est bien décrite par Constant Robert et Caulet, qui l'étudièrent respectivement à Cauterets et à Saint-Sauveur. Robin et Dalché insistent sur son importance dans leur *traitement médical des maladies des femmes.*

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

Définition. — L'hydrorrhée (υδωρ : eau, ρειν : couleur) consiste dans l'émission brusque, en jet, par les organes génitaux, d'un liquide clair comme de l'eau, incolore ou légèrement citrin, inodore, plus ou moins abondant, ne laissant pas de traces sur le linge ou l'empesant légèrement, et ayant une origine utérine.

Constitution

I. *Qualités physiques.* — Le liquide rejeté est dans la grande majorité des cas limpide, incolore. D'autres fois légèrement citrin, il revêt alors l'apparence de l'urine. Il peut même avoir parfois l'aspect hémorragique. Sa densité est de 1.003 donc légèrement inférieure à celle de l'urine.

II. *Qualités chimiques.* — La réaction de l'hydrorrhée est neutre ou alcaline. Elle ne contient pas de mucine ; l'albumine y est décelée en quantité plus ou moins notable suivant les cas. On n'y trouve pas de sucre ; l'urée y est trouvée dans la proportion de 2 à 5 grammes par litre.

Signalons encore la présence de chlorure de sodium, dont les cristaux se forment après réduction par l'évaporation ; la présence de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien après addition de quelques gouttes d'ammoniaque liquide sur le champ du microscope.

III. *Examen cytologique.* — Il mettra en évidence des cellules normales des muqueuses du vagin et de l'utérus. Au cours du cancer du corps, l'examen a permis dans plusieurs cas de constater la présence de cellules néoplasiques.

Caractères cliniques.

L'hydrorrhée essentielle est un phénomène tout à fait rare. Il n'en est pas de même pour l'hydrorrhée symptomatique.

I. *Fréquence.* — Celle-ci est extrêmement variable au cours des affections utérines. Alors que, pour certains, l'hydrorrhée est un symptôme communément rencontré, pour la plupart des auteurs, au contraire, on l'observe assez rarement et on ne peut compter sur son apparition pour établir ou affirmer un diagnostic jusque-là hésitant.

Par contre, elle est de règle au cours de certaines cures thermales.

II. *Quantité de l'épanchement.* — Celle-ci n'a pas de limites précises. Elle peut atteindre 200 et 500 centimètres cubes. Elle est généralement assez abondante pour donner à la malade l'impression

qu'elle perd ses urines et pour l'obliger à se garnir.

D'autre part le liquide s'écoule suivant un mode tout à fait caractéristique : « en véritables décharges ». Tantôt tout se borne à deux ou trois accès ; d'autres fois l'écoulement persiste des heures entières : « Certaines femmes passent parfois des heures entières pendant lesquelles elles se sentent ainsi mouillées toutes les cinq à six minutes » (Caulet). Dans d'autres cas enfin, un intervalle de plusieurs heures sépare deux rejets de liquide au cours de la même crise hydrorrhéique.

III. *Brusquerie de l'épanchement.* — Nous ne saurions trop insister sur ce caractère pathognomonique. Alors que dans la leucorrhée l'écoulement est continu, permanent, lent, dans l'hydrorrhée au contraire, le liquide sort brusquement « en jet ». Les malades se sentent *tout à coup* mouillées, inondées.

IV. *Phénomènes prémonitoires.* — Ils ne sont pas constants. « Quelquefois l'hydrorrhée se manifeste subitement. Sans avoir éprouvé aucun malaise précurseur, tout à coup la femme se sent mouillée, phénomène insolite. D'autres fois, ce phénomène est précédé pendant plus ou moins longtemps par une sensation vague, indéfinissable du côté de la matrice, par un endolorissement général de la région, puis annoncé par des contractions utérines, des coliques dont il serait pour ainsi dire l'excrétion » (Constant Robert).

V. *Causes immédiates.* — Dans la grande majorité des cas, on ne peut attribuer l'écoulement à une

cause quelconque. L'hydrorrhée peut survenir aussi bien après une marche, un effort, une fatigue quelconque (défécation), que la nuit, alors que la malade est étendue et repose.

VI. *Rapports avec les règles.* — L'hydrorrhée s'arrête au moment de l'apparition de l'écoulement menstruel ; quelques cas ont été cependant signalés d'hydrorrhée persistant pendant les règles. Les jours qui précèdent celles-ci, l'écoulement se modifie légèrement et s'épaissit. Entre les règles, l'hydrorrhée est plus marquée et son abondance est parfois beaucoup plus manifeste au milieu de l'époque intermenstruelle, comparable alors aux règles de quinzaine.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

I. *Hydrorrhée et affections utérines.* — Nombre d'affections de l'utérus peuvent se manifester au cours de leur évolution clinique par la présence du symptôme hydrorrhée. On a décrit dans les *fibromes*, des pertes subites d'une grande quantité de liquide s'évacuant brusquement à l'extérieur. Trelat, qui a insisté sur ce point, en a fait le sujet d'une leçon clinique et son élève Berthault a publié plusieurs cas de ce genre.

Dans les *polypes*, l'hydrorrhée se rencontre également, Trelat, dans son traité de Clinique chirurgicale, cite l'observation d'une malade qui, amenée dans son service pour kyste de l'ovaire, présentait des pertes abondantes, indolores, d'un liquide généralement clair. Le diagnostic reste hésitant jusqu'à ce que l'on eût constaté l'existence d'un polype fibreux qui s'engagea dans le col utérin. L'ablation de cette tumeur amena la cessation des écoulements.

L'hydrorrhée au cours du *cancer du corps* de l'utérus est également bien connue. Dans sa thèse inaugurale, Mlle Coutzarida insiste sur l'extrême

fréquence de ce symptôme qu'elle considère comme pathognomonique ; il semble que cette affirmation soit exagérée, car pour la plupart des cliniciens l'hydrorrhée n'est pas d'observation aussi courante dans cette affection et son absence n'infirme en rien l'existence de néoplasme.

A côté de ces cas, de diagnostic relativement aisé, il est des affections moins bruyantes dans lesquelles peut survenir l'écoulement hydrorrhéique : nous voulons parler des *endométrites* même légères, voire d'une *congestion banale de l'utérus*. Dans son travail, Neau signale deux cas d'hydrorrhée en rapport avec une *simple déviation de l'utérus*.

II. *Hydrorrhée et cures thermales*. — L'apparition de l'hydrorrhée comme mode de réaction au cours des cures thermales a été bien étudiée par Caulet. Cet auteur a constaté fréquemment chez des malades traitées à Saint-Sauveur l'apparition de cet écoulement et celui-ci est un phénomène de fréquence telle qu'il est considéré comme banal. Constant Robert, dans son ouvrage sur le traitement des maladies utérines par les eaux de Cauterets signale de même l'hydrorrhée au nombre des effets physiologiques produits sur l'utérus par l'eau sulfureuse.

Mais ce n'est pas seulement avec les sources de cette nature que se manifeste l'hydrorrhée. M. le Dr Gallard, de Biarritz, que nous avons interrogé à ce sujet, a bien voulu nous fournir les renseignements suivants : « Il m'est arrivé de la constater

(l'hydrorrhée) plusieurs fois à Biarritz, surtout, et je dirais presque exclusivement, chez les femmes lymphatiques à col et utérus gros et mous qui sont, du reste, les tempéraments les plus justiciables de nos eaux. » On voit donc que l'action sur l'utérus des eaux chlorurées sodiques (Biarritz, Salies de Béarn) peut déterminer le même mode de réaction que les eaux sulfureuses.

III. *Hydrorrhée idiopathique.* — Mais il est des cas où l'examen ne révèle aucune affection utérine à l'origine de l'hydrorrhée, et où d'autre part ne se pose pas la question de l'hydrorrhée thermale. Dans ces conditions, c'est par une étude approfondie de la malade que l'on sera amené à trouver un ensemble de manifestations morbides accompagnant ou remplaçant l'écoulement d'origine utérine. Nous verrons plus loin en effet l'importance qu'il faut attacher au terrain. Dans cet ordre de faits rentre également une observation de Peterson, parue en 1914, et dans laquelle l'auteur concluait à la nature « hystérique » de l'hydrorrhée. Bien avant cet auteur, on trouve dans le traité de Boivin et Dugès, paru en 1833, cette phrase que nous reproduisons *in extenso* « Souvent on voit des éjaculations séro-muqueuses, à la suite d'accès hystériques et que fournissent les follicules muqueux qui sont en grand nombre dans le col utérin, sur le museau de tanche, dans le vagin et même dans les replis des petites lèvres de la vulve ». Signalons encore l'hydrorrhée survenant au cours des affections rénales

avec rétention chlorurée, au même titre que l'ascite ou les oedèmes.

IV. *Hydrorrhée thérapeutique.* — Elle est réalisée dans certains cas, après application d'un tampon de glycérine, par exemple.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Le mécanisme qui préside à l'écoulement brusque de liquide aqueux par les voies génitales est discuté et il est probable que, des nombreuses théories émises sur la pathogénie de l'hydrorrhée, une part de vérité existe dans chacune d'elles et que ce soit à un ensemble de phénomènes, de facteurs de divers ordres que soit dû le rejet du liquide.

Une des plus anciennes opinions émises est celle de l'*hypersécrétion des glandes utérines*, sur laquelle ont insisté Cruveilhier et Courty. Hegar attribue la même importance à ce facteur pathogénique et considère que l'hydrorrhée est due à l'hypertrophie des glandes. « L'hydrorrhée suppose une augmentation de la sécrétion utérine, accompagnée généralement d'une diminution de densité du liquide secrété. Cette diminution de densité, commune aux hydropisies des autres organes, provient de la participation des éléments solides ou d'une altération de la sécrétion de cet organe » (Courty). Telle est également l'opinion de Doléris et Pichevin « c'est l'appareil glandulaire de la muqueuse corporéale de l'utérus qui produit la sécrétion anormale ». Notons d'ailleurs

que nous n'avons trouvé daus la littérature aucune trace de constatations anatomo-pathologiques ayant porté sur les glandes utérines au cours de l'hydrorrhée et en décrivant les lésions.

Mlle Coutzarida, qui n'a en vue que l'hydrorrhée dans le cancer du col de l'utérus, lui attribue une *origine sanguine*. Ce symptôme serait la conséquence de l'extravasion du sérum sanguin. « Le cancer (ou toute autre tumeur) s'entoure d'une zone de congestion qui s'augmente rapidement et envahit bientôt tout l'organe. Les vaisseaux utérins se distendent et subissent des altérations dégénératives propres aux congestions prolongées. Ces altérations permettent au sérum sanguin de transsuder hors des vaisseaux. »

Un élément essentiel qu'il faut faire intervenir dans la pathogénie de l'hydrorrhée, c'est l'*hypertonicité musculaire* des fibres utérines. La congestion de l'utérus entraîne comme conséquence de la stase sanguine, la circulation de retour se fait lentement et difficilement et ne suffit pas à déverser assez rapidement dans la veine cave inférieure le sang utérin, dont la quantité est augmentée par l'afflux artériel. Cette stase sanguine entraîne la présence d'acide carbonique en excès, et celui-ci met en jeu l'hypertonicité des fibres musculaires de l'utérus, qui favorisent l'expression du contenu des glandes.

Il ne faut pas d'autre part méconnaître l'importance qu'il faut attribuer au *spasme* ; cet élément

spasmodique est en effet consécutif à l'irritation des tuniques de l'organe par suite de l'existence d'une tumeur ou d'une lésion inflammatoire même banale. Le spasme existe plus ou moins marqué dans les lésions utérines, de quelque nature qu'elles soient, au même titre qu'on l'observe dans les lésions viscérales des divers organes (spasme accompagnant les affections gastriques, intestinales, etc...). Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que l'affection soit cantonnée à l'utérus pour que cet élément spasmodique intervienne ; les lésions de voisinage : annexielles (ovarite-salpingite),intestinales (constipation,rectite) agissent à distance par voie réflexe et mettent en jeu l'action du spasme.

Dans certains cas, on note un phénomène très particulier : l'élément spasmodique entre en jeu d'une façon périodique sous l'influence d'une cause surajoutée et semble donner une allure régulière à l'hydrorrhée qui vient alors à une date ou à une heure fixe. Lorsqu'on recherche avec soin la cause de cette périodicité, on peut voir que celle-ci est en rapport, soit avec un phénomène digestif (après le repas), ou avec une occupation régulière (malade partant à une heure fixe pour se rendre à son travail), ou avec une fonction régulière qui sollicite le réflexe. Dans le premier de ces cas, on est en droit de se demander si l'on n'est pas en présence d'un phénomène traduisant un choc hémoclasique et si la question de l'anaphylaxie n'a pas ici à intervenir. L'hydrorrhée peut alors être comparée à certaines réactions d'ordre

anaphylactique : tel l'œdème apparaissant à la suite d'une injection sérique, par exemple.

Mais l'influence de cet élément est loin d'être toujours semblable à elle-même, elle sera plus ou moins marquée suivant le terrain sur lequel évoluent les manifestations morbides. Cette notion de *terrain* est d'une importance de premier ordre. Les femmes chez lesquelles nous sommes amenés à constater l'hydrorrhée ressortissent, en général, au tempérament neuro-arthritique ou névropathique. Elles accusent un certain nombre de troubles de divers ordres, communs à leur état. L'interrogatoire et l'examen permettent de mettre en évidence la fréquence des migraines, des épistaxis, des douleurs dysménorrhéiques, des névralgies diverses, des poussées d'herpès, du prurit, vulvaire ou anal. Leur règles sont abondantes et douloureuses : les fonctions intestinales s'accomplissent irrégulièrement. Souvent, elles se plaignent de douleurs hémorroïdaires. Ces malades sont par excellence sujettes aux poussées congestives. A ces diverses manifestations s'associent des troubles moteurs (bouffées de chaleur, etc...) Chez des malades de cet ordre, les écoulements hydrorrhéiques s'accompagnent d'autres symptômes traduisant la nature spéciale du terrain.

A l'origine d'un certain nombre de ces hydrorrhées, dites idiopathiques, se retrouvent *les troubles du système nerveux végétatif* (pneumogastrique et sympathique). Le rôle que joue en pathologie le système sympathique a été ces temps derniers l'objet

d'études approfondies et de recherches minutieuses. On sait quelles relations intimes unissent ce système aux organes génitaux de la femme et on n'ignore pas d'autre part, comment une irritation de ce système peut provoquer à distance des manifestations qui semblent, au premier abord, lui être tout à fait étrangères. Dans ce cadre rentrent les hydrorrhées, dites reflexes, où l'on observe chez une neuro-arthritique une hydrorrhée utérine coexistant avec un écoulement aqueux par les fosses nasales, ou associée à des crises de sueur, ou encore à une crise d'urticaire ; d'autres fois, l'hydrorrhée utérine est isolée, mais dès qu'elle cesse, apparaît l'un ou l'autre des troubles que nous venons de signaler, véritables équivalents morbides comparables à ce que l'on observe au cours des crises épileptiques, par exemple.

Quelle valeur faut-il accorder aux *lésions des glandes à sécrétion interne* ? L'endocrinologie compte encore un grand nombre de points inconnus ou mal élucidés et qui peu à peu, se dégagent à l'aide des observations cliniques et des recherches expérimentales. L'hydrorrhée peut-elle relever d'un trouble d'équilibre du système endocrinien? C'est là une question qui reste sans réponse nette mais qu'il ne semble pas impossible de solutionner par l'affirmative. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature des faits probants sur cette relation entre les glandes à sécrétion interne et l'hydrorrhée. Les observations ne signalent pas de troubles nets traduisant l'atteinte de la thyroïde ou de toute autre glande close.

Dans un cas, on a signalé la coexistence de l'hydrorrhée et du gonflement des glandes parotides et des seins qui devenaient douloureux. L'hypothyroïdie que l'on trouve à l'origine d'un certain nombre d'hydrorrhées nasales, ne préside-t-elle parfois à l'apparition de l'hydrorrhée utérine ? Cette hypothèse ne semble pas impossible vu les relations qui unissent le corps thyroïde et le système génital. De même se justifie la conception de l'hypoovarie, cause d'hydrorrhée : alors que chez l'hyperovarique les règles sont très abondantes et que par conséquent la congestion de l'utérus n'existe pas à un état anormal, chez l'insuffisante ovarienne, la pauvreté des écoulements menstruels favorise l'écoulement complémentaire décongestionnant, sous forme de leucorrhée ou d'hydrorrhée. Dans la *Gazette médicale de Sicile*, en 1920, Fornero a rapporté un cas d'hydrorrhée de nature endocrinienne : il s'agissait d'une malade chez laquelle existait, outre l'hydrorrhée, un ensemble de signes traduisant et l'insuffisance ovarienne et l'insuffisance surrénale. Un traitement opothérapique approprié eut raison de ces accidents.

Enfin, il est des cas où l'on ne peut invoquer que la *psychonévrose*. On a affaire à des malades chez lesquelles une émotion, un ennui, un choc moral quelconque déclanchent une crise d'hydrorrhée. Chez d'autres, il suffit pour que le phénomène se produise, de l'application d'un pansement sur le col utérin, même du simple fait de devoir se sou-

mettre à un examen. Nous avons relevé dans la littérature étrangère des observations où l'hydrorrhée était due à l'hystérie.

Pour conclure et résumer ce chapitre, nous dirons que sur un terrain particulier, en l'espèce névropathique ou neuroarthritique, des troubles du système nerveux végétatif, des glandes à sécrétion interne, une simple névrose, peuvent déterminer par réflexe au niveau de l'utérus, l'hypersécrétion des glandes utérines et des phénomènes spasmodiques, le tout aboutissant à la production de l'hydrorrhée.

Une triade pathogénique se trouve à la base de l'écoulement hydrorrhéique : terrain nerveux ou arthritique, lésion utérine ou retentissant sur l'utérus, élément spasmodique.

CHAPITRE V

CLINIQUE

I. — Hydrorrhée et cancer

Au cours des tumeurs malignes de l'utérus, l'hydrorrhée ne s'observe en clinique que lorsque l'affection néoplasique intéresse le *corps* de cet organe. C'est là un caractère qu'il importe de souligner : jamais, en effet, l'hydrorrhée n'existe en tant que manifestation du cancer du col utérin.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'écoulement aqueux s'observe dans les épithéliomes utérins, mais non avec une fréquence notable, et il semble exagéré de partager à ce point de vue l'opinion de Mlle Coutzarida qui considère l'hydrorrhée comme « un signe précurseur pathognomonique du cancer du corps de l'utérus ». Dans son traité de gynécologie, Pozzi, s'élève contre cette assertion et déclare « l'avoir vue (l'hydrorrhée) manquer souvent totalement. » Doléris et Pichevin sont du même avis : « Il y a de l'exagération, affirment-ils, dans cette tendance exclusiviste ». Gaillard-Thomas l'a rarement observée.

Quand elle existe dans le cancer, l'hydrorrhée ne

s'observe qu'à la *phase initiale*, et est liée à la fréquente prédominance initiale du processus dans l'appareil glandulaire ; ultérieurement, elle fait place à des écoulements ichoreux, sanieux, fétides, tout à fait caractéristiques, qui traduisent l'ulcération de la lésion. Elle précède donc les douleurs, les écoulements sanguins.

Dans son travail, Mlle Coutzarida publie 16 observations d'hydrorrhée au cours du cancer du corps. Nous en extrayons celle-ci :

OBSERVATION I

(Empruntée à la thèse de Mlle Coutzarida)

Mme L..., âgée de 62 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Elle a été deux fois enceinte et a accouché très normalement, sans complications. Ménopause sans aucun incident, à l'âge de 40 ans.

Il y a quinze ou seize mois environ, la malade s'aperçut pour la première fois que les parties génitales étaient mouillées par un écoulement peu abondant d'abord, qui n'offrait aucun caractère spécial et n'attirait l'attention que par son existence même.

La malade ne s'en inquiéta pas d'abord, mais devant la persistance de cet écoulement, et les inconvénients légers qui en résultaient, elle se décida à consulter un médecin, trois ou quatre mois après le début des accidents. L'examen fut pratiqué à cette époque, et on crut reconnaître quelques excoriations légères du museau de tanche, que l'on regarda

comme la cause du mal. Des cautérisations au nitrate d'argent ne donnèrent aucun résultat, mais l'état de la malade resta bon.

Un nouvel examen eut lieu six mois après le début du traitement, la malade étant fatiguée et ennuyée par la persistance de l'écoulemcnt. Un examen attentif révéla seulement un col mou et légèrement entr'ouvert, la cavité admettant facilement la pulpe de l'index. La partie de la cavité cervicale que l'on pouvait atteindre n'offrait rien d'insolite, les culs-de-sac étaient libres, l'utérus se trouvait en bonne position, l'ensemble de l'appareil utéro-ovarien paraissait absolument normal.

L'écoulement était purement séreux, assez abondant pour tacher le linge, mais ne présentait aucune teinte suspecte ; de plus, il n'avait aucune odeur particulière. On pensa à l'existence possible d'une affection utérine d'une certaine gravité à cause de la persistance de l'écoulement, mais aucun symptôme ne permit de faire alors un diagnostic de tumeur intra-utérine.

Plus d'une année s'écoula sans apporter de changement : l'écoulement persista et la malade commença à s'inquiéter et à maigrir quelque peu. Un nouvel examen révèle une certaine fatigue, un affaiblissement de l'état général. Les phénomènes du côté de l'appareil utérin se sont quelque peu modifiés : l'écoulement est peut-être plus abondant, il offre de temps en temps une coloration rosée. Après une marche ou une fatigue, la malade ressent une sensation de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. L'utérus est un peu moins mobile : quand on le soulève, on sent son fond saillir au-dessus du pubis.

Puis, un peu plus tard, survient un fait important qui enlève immédiatement tous les doutes qu'on aurait pu conserver, l'écoulement présente l'odeur fétide et caractéristique de l'épithélium ulcéré. Depuis lors, l'affection continue à évoluer régulièrement : les forces diminuent, l'appétit se perd, l'écoulement persiste et présente de plus en plus une teinte hémorragique. Aucun phénomène de douleur ni de compression du côté des organes pelviens. Bref, l'hydrorrhée avait été le premier signe du cancer utérln ».

Dans leur *Traité des Maladies de l'utérus*, Boivin et Dugès publient cette observation que nous reproduisons :

OBSERVATION II

(Boivin et Dugès, *Traité des Maladies de l'utérus.*)

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, ayant eu six grossesses entre l'âge de 26 ans et celui de 40. Depuis cette époque la malade accuse des pertes abondantes et se plaint d'œdème des membres. Un an après le début de ces phénomènes, brusquement la femme se réveilla un jour complètement inondée et nota l'effusion abondante d'un fluide séreux par le vagin. L'écoulement s'arrêta spontanément, sans médication et six mois après un accident de même ordre inquiéta la malade qui consulta un médecin. Celui-ci, après avoir fait l'examen des organes génitaux, diagnostiqua un cancer du corps utérin qui évolua par la suite et donnait bientôt naissance aux pertes de sang qui traduisent normalement cette affection.

On voit nettement dans ces deux observations l'hydrorrhée s'installer librement et constituer pendant des semaines, la seule manifestation classique d'un néoplasme du corps utérin.

II. — Hydrorrhée et fibrome

Contrairement à ce que l'on observe au cours des néoplasmes, du corps de l'utérus, l'hydrorrhée n'est pas un symptôme précoce du fribromyome utérin. Elle apparaît tardivement et ce caractère est des plus importants, car il peut, dans certains cas, aider au diagnostic d'avec le cancer du corps.

Elle s'observe surtout dans les cas où les noyaux fibromateux sont en contact immédiat avec la muqueuse du corps utérin et peut-être alors d'une abondance particulièrement intense; jamais l'hypersécrétion glandulaire n'arrive à un pareil degré lorsque le fibrome est interstitiel ou sous-péritonéal. C'est à cette variété que Trélat a donné le nom de « fibromyome fluctuant et hydrorrhéique de l'utérus ».

L'hydrorrhée n'apparaît parfois que des années (dix, vingt) après le début du développement de la tumeur fibromateuse. Lorsque cette dernière a été jusque-là parfaitement tolérée, l'existence de cet écoulement doit inspirer quelques inquiétudes et faire soupçonner la dégénérescence néoplasique. Aussi importe-t-il alors de ne pas perdre de temps

et de confirmer par tous les procédés d'examen, cette présomption, la vie de la malade étant en jeu.

Il est enfin des cas où le diagnostic d'avec le cancer peut se poser et être très difficile, c'est lorsque l'écoulement est légèrement fétide : ceci se traduit quand le corps fibromateux fait obstacle à l'évacuation des sécrétions utérines ou lorsqu'il est en voie de sphacèle.

Voici deux observations d'hydrorrhée symptomatique d'un fibrome.

OBSERVATION III

(Empruntée au *Traité* de Trélat.)

Myome utérin hydrorrhéique

Il s'agit d'une malade âgée de 52 ans, réglée à 12 ans, mariée à 17 ans, ayant eu six grossesses dont la dernière se termina par un accouchement prématuré alors que la femme avait 28 ans.

Dès l'âge de 37 ans, apparaissent des douleurs abdominales accompagnées par le développement du volume du ventre.

A l'âge de 48 ans, apparaît l'écoulement par le vagin d'un liquide souvent trouble, louche, brunâtre, quelquefois au contraire limpide, verdâtre, et ressemblant à des matières bilieuses. Ce liquide était expulsé à des époques variables, en quantités également variables.

Souvent cet écoulement se faisait sans douleur aucune et sans aucun avertissement, la malade se trouvant inondée

tout d'un coup, Cet accident lui arrivait sans cause appréciable au lit, au milieu de ses occupations ; quelquefois, cependant, elle était avertie par des sensations particulières qu'elle allait expulser quelque chose. Le liquide a pu être examiné à plusieurs reprises, car la quantité recueillie égalait souvent 300 à 400 grammes.

L'examen des organes génitaux a montré qu'il existait un énorme fibrome utérin, qui fut enlevé quelque temps après. Du jour de l'opération, l'écoulement a disparu complètement.

OBSERVATION IV

(Empruntée à Junier Vitrac.)

Hydrorrhée fétide dans un cas de petit fibrome chez une femme âgée

La malade est âgée de 49 ans ; à 15 ans, elle est réglée, elle se maria à l'âge de 23 ans et eut deux grossesses normales à 24, puis à 39 ans. A 45 ans, s'établit progressivement l'aménorrhée ménopausique. La malade rentre à l'hôpital pour des hémorragies utérines et pour de l'incontinence d'urine. Après quatre mois d'aménorrhée, ont apparu des pertes sanglantes, abondantes, douloureuses, d'abord régulières puis se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés. En même temps la malade a remarqué plusieurs fois que, sans être prévenue par quoi que ce soit, elle perdait ses urines. Pendant son séjour à l'hôpital, les métrorragies ont diminué sous l'action du repos, mais à plusieurs reprises, malgré le séjour au lit, en observa des écoulements hydrorrhéiques très abondants. Ceux-ci exhalaient une odeur

fétide, gênant et la malade et ses voisines. L'examen révéla l'existence d'un petit noyau fibromateux ; bien qu'aucun symptôme clinique de cancer n'existât, la fétidité des écoulements fit songer au cancer. Il fut procédé à l'ablation des organes génitaux : aucune trace de cancer à l'examen approfondi de l'utérus. Depuis plusieurs années que la malade a été opérée, les écoulements ont disparu et l'état général est nettement amélioré.

Cette observation est intéressante, car elle montre à quelles difficultés de diagnostic peut donner lieu la présence d'une hydrorrhée *fétide* chez une femme arrivée à l'âge où l'on est toujours hanté par la possibilité d'une tumeur maligne.

OBSERVATION V (Personnelle)

(Consultation du Dr Dalché)

Mme X..., 38 ans, vient consulter pour des hémorragies insolites et parce qu'elle « perd ses urines ».

Toujours bien réglée, mère de deux enfants bien portants, elle ne présente aucun antécédent pathologique remarquable.

Depuis six mois environ, les règles ont changé de caractères : d'abord plus abondantes, plus régulières, plus longues, elles surviennent actuellement sans aucune régularité de dates. Leur durée normalement de quatre jours, atteint huit et dix jours. En outre, la malade accuse une sensation de pesanteur dans le petit bassin et a remarqué

que, à deux ou trois reprises, elle avait été inondée par un liquide ressemblant à de l'urine, s'écoulant brusquement et sans raison, l'obligeant à se garnir constamment par précaution.

A l'examen, existence d'un fibromyome de la paroi antérieure, du volume d'une orange.

La malade est actuellement soumise à un traitement médical.

III. — Hydrorrhée et autres affections utérines

Comme on le constate facilement par l'étude anatomo-pathologique, les lésions essentielles de la métrite chronique ont leur siège dans la couche glandulaire et c'est ce qui explique comment l'irritation de ces éléments secréteurs entraîne l'hyperplasie des glandes, donc de l'hyperfonctionnement de celles-ci et par conséquent l'hydrorrhée. Cette hydrorrhée se rencontre, quoique peu fréquemment, dans la simple *métrite villeuse* où la muqueuse est à peine dépolie, rugueuse. Mais, dans certains cas, la métrite devient *polypeuse ;* des polypes muqueux se développent, véritables adénomes développés aux dépens des glandes utérines et généralement de petit volume « Dans certains cas, dit Pozzi, on assiste à de véritables crises secrétoires et l'on voit une grande quantité de liquide apparaître presque subitement, après d'assez fortes douleurs, souvent alors on a cru à l'évacuation intermittente d'une hydropisie des

trompes (hydrops tuboe profluens). Mais ce phénomène peut parfaitement exister dans la métrite, sans collection salpingienne. C'est à proprement parler un phénomène d'hypésecrétion réflexe ». Enfin, la présence d'un *corps fibreux* pédiculisé dans la cavité utérine joue le rôle de corps étranger, excite la secrétion des éléments glandulaires et peut être en conséquence, à l'origine de certaines hydrorrhées.

Bien plus, l'écoulement peut traduire une simple *rétro-déviation* de l'utérus. Dans cette situation anormale, la portion de l'organe qui est fléchie exagérément tend rapidement à se congestionner ; il s'établit peu à peu de la stase sanguine et ce mécanisme aboutit à l'hydrorrhée.

OBSERVATION VI

(Empruntée à la thèse de M. le Dr Lesage)

Mme M..., 32 ans, vient à la consultation du 13 mai parce que, depuis six mois, elle perd continuellement par les voies génitales un liquide clair, ayant quelque ressemblance avec de l'urine.

La malade qui est d'un tempérament névropathique a été réglée à 13 ans avec difficulté, règles abondantes et douloureuses. A 18 ans, accouchement pénible. A 20 ans, fièvre typhoïde.

A 24 ans, elle fut opérée d'une grossesse extra utérine.

Six mois après, elle remarque qu'elle perd « de l'eau ».

C'est un liquide clair, transparent, qui empèse très légèrement le linge et qui coule d'une façon presque continue. M. Dalché qui pratiqua l'examen de la malade s'assura que le liquide n'était pas de l'urine ; il n'y avait pas de fistule vésico-vaginale ; d'ailleurs, hydrorrhée est apparue longtemps après l'opération. D'autre part, le liquide vient bien du col utérin. En somme, on a affaire à une hydrorrhée provenant vraisemblablement de lésions d'endométrite de la portion du col qui reste.

La malade est soumise à des injections de liqueur de Labarraque et prend par jour deux cachets d'hypophyse dosés à 0, 10 centigrammes.

Au bout de 4 jours, la malade cesse de perdre. A la suite d'un voyage de douze heures, l'écoulemeut reparaît le 23 mai, mais il n'est plus de même nature ; c'est une leucorrhée jaunâtre, plus épaisse : ce n'est plus l'hydrorrhée du début, mais une perte blanche. L'hypophyse est continuée. Après plusieurs réapparitions, continuation de ce traitement et tamponnement au sérum antidiphétrique : l'hydrorrhée disparait et la malade est guérie définitivement.

OBSERVATION VII

(Empruntée à Carrigues)

Mme M... âgée de 28 ans, mère de deux enfants de 7 et 3 ans, vient me consulter en août 1884. Elle me déclare qu'en mars 1883, elle avait eu un premier accès d'écoulement aqueux de l'utérus qui avait duré trois jours. Le même incident s'était renouvelé en avril et avait sans interruption

persisté pendant six mois, puis avait disparu pendant trois mois. Ensuite l'hydrorrhée n'apparut qu'immédiatement après les règles qui survenaient tous les 21 jours et duraient trois jours. Cet écoulement était extrêmement abondant.

Pas d'autres troubles : bon appétit, fonctions urinaires et intestinales normales. A l'examen, je trouvai un utérus légèrement mou et un peu augmenté de volume ; la sonde y pénétrait sur une profondeur de sept centimètres. Les ovaires et les trompes paraissaient normaux. Deux confrères avaient été antérieurement consultés et avaient porté le diagnostic : l'un d'hydropisie des trompes ; l'autre, de Kyste de l'ovaire rompu. Quand à moi, je portai le diagnostic d'endométrite en me basant sur l'absence de signes d'affection des trompes, absence de tumeur, signes de congestion utérine, rapports intimes entre l'écoulement aqueux et le flux menstruel.

Le traitement de l'endométrite amena la cessation de l'hydrorrhée.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à Worms).

Mme X... âgée de 45 ans, est en traitement pour une tumeur abdominale assez volumineuse ; tantôt dure, tantôt fluctuante. Elle se plaint en outre d'un écoulement de liquide séreux se produisant tantôt spontanément, tantôt par pression sur le bas-ventre, au niveau de la tumeur. Peu de temps après l'apparition de cette hydrorrhée, au cours d'un examen, on aperçoit le polype faisant saillie au niveau du col,

Après ablation du polype, l'hydrorrhée guérit et la tumeur disparaît.

IV. — Hydrorrhée thermale

L'hydrorrhée thermale est un phénomène relativement banal dans les cures d'eaux sulfureuses ou sulfurées sodiques. « Peu de femmes y échappent complètement », dit Caulet. Elle traduit l'action excito-motrice produite par l'eau sulfureuse sur la muqueuse utérine. Elle apparaît tant à Saint-Sauveur qu'à Cauterets vers le dizième jour de la cure. Constant Robert, de Cauterets, qui a fait sur ce point des recherches très précises, signale que l'hydrorrhée est précédée, dans la plupart des cas, par une infiltration séreuse plus ou moins considérable, mais toujours bien notable du col de l'utérus et que cette infiltration diminue à mesure que l'hydrorrhée s'accentue.

Nous avons déjà signalé plus haut que, dans les stations d'eaux chlorurées sodiques, on observait aussi l'hydrorrhée chez les femmes ayant de gros utérus mous, lymphatiques.

L'apparition de l'hydrorrhée est un symptôme de valeur qui traduit l'action des eaux, mais doit faire suspendre le traitement momentanément. Si, en effet, celui-ci était poursuivi sans ménagement, les douleurs utérines s'accentueraient et aboutiraient finalement à des crises d'hystéralgie d'intensité quel-

quefois très marquée pouvant persister longtemps.

Lorsque la cure thermale est suspendue dès qu'apparaît l'écoulement hydrorrhéique, il suffit de laisser le malade au repos pour voir cette réaction utérine disparaître au bout de dix à douze jours.

V. — Hydrorrhées ne relevant pas d'une affection de l'utérus. Hydrorrhées dites idiopathiques

A. — *Hydrorrhées de voisinage.* — Dans cette catégorie il faut faire rentrer tout d'abord les écoulements hydrorrhéiques secondaires à des lésions des organes voisins de l'utérus, lésions intéressant soit les annexes (salpingite, ovarite, tuboovarite, phlegmasies périutérines, prolapsus de l'ovaire), soit les autres organes siégeant dans le petit bassin et en premier lieu le tube digestif: côlon et rectum (rectite, constipation chronique, entérite mucomembraneuse, hémorroïdes. Ces troubles de divers ordres, et principalement ceux d'ordre intestinal, passent très souvent complètement méconnus de la malade et ce n'est qu'en serrant de près l'interrogatoire qu'on arrive à les dépister.

De même que l'on observe le retentissement sur le foie des affections de l'estomac, au point qu'un syndrome hépatique puisse masquer une lésion gastrique en évolution, de même les lésions intestinales ou annexielles déterminent de la congestion de ces viscères, et par extension de la congestion du petit

bassin. Par suite, la circulation en retour se fait incomplètement à cause de la stase sanguine et ces troubles retentissent secondairement sur les glandes utérines ; ces dernières réagissent en exagérant leur secrétion, d'où écoulement hydrorrhéique.

A vrai dire, la fréquence de ces hydrorrhées n'est pas grande ; aussi ne pense-t-on pas volontiers à ces causes péri-utérines d'écoulement ; leur diagnostic importe donc ; leur traitement, en effet, amène rapidement des résultats satisfaisants.

B. — *Hydrorrhées et glandes endocrines.* — La pathologie des glandes à sécrétion interne et les relations que celles-ci ont avec les organes génitaux de la femme sont encore bien mal connues. Quoique Gley et ses élèves aient parfaitement mis en lumière un certain nombre de faits importants, beaucoup de notions restent encore à préciser et des points qui, à l'heure actuelle, nous semblent définitivement acquis, risquent à mesure que l'expérimentation se fera plus minutieuse, d'être démentis et rejetés.

Parmi les glandes endocrines qui semblent avoir des rapports très étroits avec le système utéro-ovarien, il faut en premier lieu citer *le corps thyroïde*. Nous n'en voulons pour preuves que les modifications subies par cette glande aux différentes époques génitales de la femme : hyperthyroïdie, au cours de la puberté, hyperthyroïdie consécutive à la ménopause soit physiologique, soit post-opératoire. Aussi a-t-on été tout naturellement amené à se demander si, à la base de l'hydrorrhée, il ne fallait pas

incriminer dans certains cas une exagération ou une diminution de la fonction thyroïdienne. Dans un travail récent, Leroux étudiant l'hydrorrhée nasale (dont nous verrons plus loin les liens de parenté avec l'hydrorrhée utérine) insistait, après plusieurs autres observateurs, sur la fréquence avec laquelle on relevait chez les sujets atteints d'écoulement aqueux par les voies nasales les symptômes traduisant l'hypothyroïdie. Tout particulièrement, il avait noté chez ces malades les symptômes suivants : infiltration des téguments avec peau sèche et tendance à l'ichthyose, sensation de froid, asthénie, anémie, déficience intellectuelle, atrophie du corps thyroïde. Dans les articles que nous avons consultés, dans les observations déjà publiées, de même que chez la malade atteinte d'hydrorrhée que nous avons examinée, nous n'avons pas noté de manifestations bien nettes d'insuffisance thyroïdienne ; il est vrai que les anciens auteurs n'étaient nullement orientés vers l'étude de l'endocrinologie.

On a d'autre part recherché également si l'hydrorrhée ne traduisait pas un déséquilibre de la *fonction ovarienne*. Comme nous l'avons déjà indiqué, plus haut, l'hypoovarie a été souvent retrouvée chez de telles malades par M. le Dr Dalché. Dans un nombre de faits cliniques assez importants, on met en évidence chez les sujets atteints d'hydrorrhée l'apparition tardive de la puberté, la faiblesse de l'écoulement menstruel, la pâleur de la face, le peu de tendance à la procréation, le nervosisme, la consti-

pation rebelle, l'ensemble de ces signes constituant le syndrome d'hypoovarie.

L'influence des *lésions de l'hypophyse* sur l'appareil génital est d'observation journalière. L'infantilisme hypophysaire, le syndrome adiposo génital, les syndromes hypophysaires frustes que l'on rencontre à la puberté, pendant la grossesse ou lors de la ménopause indiquent bien ces rapports intimes. Aussi n'est-il pas impossible que la dystrophie hypophysaire soit à l'origine d'un certain nombre d'hydrorrhées et qu'il faille faire dépendre l'écoulement d'une lésion de la glande pituitaire. Nous ne pouvons nous baser, pour appuyer cette opinion, sur l'efficacité évidente de l'opothérapie hypophysaire dans l'hydrorrhée. L'extrait glandulaire agit ici en vertu de son action élective sur les fibres musculaires de l'utérus, ainsi qu'il a été maintes fois démontré tant au cours des affections gynécologiques qu'en pratique obstétricale. Dans des travaux récents, Camus et Roussy vont même jusqu'à nier le rôle de la glande pituitaire dans les divers syndromes qu'on lui attribuait auparavant et incriminent des lésions de la région infundibulo-tubérienne.

Pour nous résumer, il nous semble qu'on ne peut encore affirmer une relation certaine et constante entre l'hydrorrhée et l'insuffisance soit thyroïdienne, soit ovarienne, soit hypophysaire. D'ailleurs, il est fréquent de trouver chez les malades que l'on examine, non pas une lésion isolée, d'une glande à sécrétion interne, mais un syndrome polyglandulaire :

c'est ainsi qu'il est d'observation courante en clinique de trouver une insuffisance non pas ovarienne ou thyroïdienne, mais thyro-ovarienne ou thyro-hypophysaire due à la combinaison de symptômes traduisant à la fois l'atteinte de la glande primitivement lésée (corps thyroïde par exemple) et celle d'une autre glande troublée secondairement dans son fonctionnement (glande pituitaire). Dans l'observation d'hydrorrhée endrocrinienne publiée par Fornero il s'agissait d'une maladie présentant des signes d'hypoovarie et d'hypo-épinéphrie, ainsi qu'il fut démontré par l'épreuve thérapeutique.

C. — *Hydrorrhée et troubles du système nerveux végétatif.* — Au cours de ces dernières années, les travaux se sont multipliés sur ce sujet et la pathologie du système nerveux de la vie végétative (nerf pneumogastrique et nerfs sympathiques) qui avait été laissée longtemps à l'écart, est devenue à nouveau une question à l'ordre du jour, la notion du rôle important joué par ce système n'est pas connue depuis bien longtemps : les anciens auteurs rangeaient sous la rubrique « Hystérie » les symptômes et les affections dont l'origine leur échappait. Or, au fur et à mesure que le champ de nos connaissances s'agrandit, les maladies ou symptômes dits essentiels voient chaque jour diminuer leur importance à tel point que l'hystérie n'est plus admise par beaucoup d'observateurs. Déjà, en 1884, James Olider attribuait l'hydrorrhée à des troubles du système vaso-moteur et du système nerveux végétatif.

Suivant que, chez un individu donné, le pneumogastrique ou le sympathique semble prendre la première place, ce que les épreuves classiques permettent de constater avec facilité grâce aux injections d'atropine ou de pilocarpine, on dit avoir affaire à un sujet vagotonique ou sympathicotonique. La recherche très simple du réflexe oculo-cardiaque, et les modifications du nombre des pulsations à la suite d'une pression sur les globes oculaires différencient également ces deux variétés de malades. Enfin, certains sujets présentent simultanément des phénomènes des deux séries vago et sympathicotonique ; ils sont dits neurotoniques, suivant l'expression de Guillaume. Mais pour que ces signes se manifestent avec netteté, il faut un terrain spécial. « L'excitation du sympatique, disent Claude et Piédelièvre, engendre des troubles tels que, chez les prédisposées, on assiste à l'apparition de véritables états pathologiques (troubles vaso-moteurs et nerveux, sueurs, migraines, céphalée, palpitations) ».

Le tempérament nerveux arthritique, neuro-arthritique constitue au premier chef un terrain sur lequel les symptômes dus aux troubles du système nerveux végétatif ont tendance à se manifester avec netteté. Nous avons déjà insisté, dans notre étude sur la pathogénie de l'hydrorrhée, sur la fréquence très notable avec laquelle on note le neuro-arthritisme chez les malades atteintes d'écoulement. Nous avons relevé — et en publions ci-dessous quelques exemples — de nombreuses observations où apparaît

la coexistence de l'hydrorrhée avec d'autres troubles du système vago-sympathique chez des malades neuro-arthritiques.

OBSERVATION IX

(Empruntée à Néau)

Mme X..., ménagère, âgée de 39 ans, vient à la consultation de gynécologie pour salpingite ancienne.

Antécédents héréditaires. Père névropathe, probablement syphilitique. Antérieurement à la naissance de la malade, sa mère a fait deux fausses couches. Pas d'autres enfants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance, seulement des troubles nerveux, vagues, une sensation de faiblesse et de fatigue. Sommeil agité et troublé par des cauchemars. Réglée à 13 ans, règles normales, peu abondantes, non douloureuses. Pertes blanches. Mariée à 20 ans, pas d'enfants. Peu après son mariage, elle contracte une blennorrhagie suivie de salpingite pour laquelle elle est restée cinq semaines au lit. A partir de ce moment, ses règles sont plus pénibles : elle souffre de rachialgie et de douleurs abdominales.

Huit ou dix ans après le premier, nouveau mariage, pas d'enfants cette fois encore, les douleurs de ventre continuent. Arrive la guerre, son mari part. A ce moment la malade présente un très mauvais état général, se sentant fatiguée, ayant perdu l'appétit et souffrant toujours du ventre.

C'est à ce moment qu'elle signale l'apparition d'un phénomène nouveau : un certain jour, brusquement, elle s'est

sentie mouillée assez abondamment, comme si, dit-elle, elle avait uriné involontairement ; il s'agissait d'un écoulement subit, paroxystique, assez abondant, d'un liquide clair, inodore, ne tachant pas la chemise, bien différent d'une perte blanche. La malade ressentit un certain soulagement, puis l'écoulement cessa. De nouvelles crises se produisirent ensuite, surtout après les règles, puis devinrent moins fortes, mais, dans l'intervalle des époques, la malade se sentait toujours légèrement mouillée.

Actuellement, il s'agit d'une femme brune, au teint bistré, ne présentant aucun signe extérieur de dégénérescence.

Au point de vue digestif elle se plaint de douleurs stomacales, avec digestions longues, difficiles, avec régurgitations et renvois non acides, avec ptyalisme. Elle accuse une légère constipation. Depuis assez longtemps elle présente de fréquentes poussées d'urticaire, probablement d'origine alimentaire. Son cœur, à l'auscultation, révèle un claquement assez marqué du deuxième bruit. Elle présente quelques troubles vasomoteurs, rougeurs et pâleurs faciles de la face. Son pouls est normal, à 72.

Peu de troubles nerveux, à part une céphalée fréquente et quelques vertiges. Au point de vue sexuel elle avoue une frigidité très marquée et cette hydrorrhée, qu'elle nous a signalée, ne se présente jamais au moment du paroxysme érotique. Pas de thyroïdisme ni aucun trouble des glandes endocriniennes. Les urines sont normales, sans pollakiurie, ni polyurie, avec seulement parfois un dépôt assez marqué de phosphates. Pas de troubles pulmonaires.

Au point de vue génital, règles pénibles, surtout les pre-

miers jours. Douleurs dans le ventre, plus marquées au niveau de la salpingite ancienne.

Cette femme, après un court séjour dans le service, passe en chirurgie et on ne peut ainsi traiter son hydrorrhée.

En résumé, hydrorrhée paroxystique chez une femme de 39 ans, présentant des antécédents gynécologiques, une hérédité probablement syphilitique sur un terrain arthritique, avec troubles digestifs et vaso-moteurs.

OBSERVATION X

(Empruntée à Néau.)

Mme D..., 33 ans, vient consulter pour des pertes blanches, très abondantes, survenant par périodes.

La malade a eu deux enfants à la suite d'accouchements pénibles. Actuellement elle présente de la laxité périnéale, une matrice ballotante.

Tempérament névropathique. Pas de thyroïdisme.

En l'examinant on aperçoit qu'il ne s'agit pas de pertes blanches : l'écoulement est clair comme de l'eau et la malade reconnaît que son linge est mouillé comme par de l'urine et n'est pas taché. Ces pertes se produisent surtout quand elle est fatiguée, ou seulement dans un certain état d'agitation nerveuse.

M. Dalché lui prescrit par jour trois cachets d'hypophyse, l'immersion successive et répétée des mains dans l'eau très chaude. A la suite de ce traitement l'état de la malade s'est notablement amélioré.

Ce que les auteurs qui se sont attachés à l'étude

du système nerveux végétatif ont bien mis en évidence, c'est que ce système ne jouit point d'une autonomie complète : si son déséquilibre retentit sur les organes même à distance, les lésions dont ceux-ci sont atteints ont également leur répercussion sur les nerfs pneumogastrique et sympathique. Il existe des rapports réciproques d'interdépendance. Ainsi le sympathique et le système des glandes à sécrétion interne réagissent-ils l'un sur l'autre. L'insuffisance de la fonction ovarienne, pour prendre un exemple, entraîne l'excitation du nerf vague et inhibe, en partie le sympathique, d'où vagotonie secondaire à l'hypoovarie. Si cette dernière est peu manifeste, l'hypervagotonie passe pour être primitive. « Qu'est-ce qui crée donc, dit Lian, l'hypervagotonie en apparence primitive ? S'agit-il d'un trouble des glandes endocrines ? Tout n'est ici qu'hypothèse. Certains cas d'insuffisance glandulaire avérée, dans lesquels l'hypervagotonie est manifeste, permettront peut-être de faire la liaison avec les cas dans lesquels, malgré des signes d'hypervagotonie, l'insuffisance glandulaire ou polyglandulaire est insoupçonnée. » Laignel-Lavastine est plus catégorique encore. « Il existe, dit-il, des troubles sympathiques par perturbation des glandes à sécrétion interne et des troubles des sécrétions internes par perturbation du sympathique », et il cite, à l'appui de cette affirmation, des exemples cliniques de corrélation endocrino-sympathique ; tantôt on a affaire à des syndromes sympathiques d'origine endocrinienne

(vagotonie par insuffisance ovarienne), tantôt à des syndromes endocriniens d'origine sympathique, (forme sympathique de la maladie d'Addison), tantôt à des complexus endocrino-sympathiques (dans lesquels une lésion sympathique entraîne un trouble endocrinien qui déclanche d'autres signes nerveux ou, au contraire, c'est une lésion endocrinienne qui entraîne un trouble sympathique qui déclanche d'autres signes endocriniens).

Ces considérations nous amènent à penser que, parmi les hydrorrhées idiopathiques, un grand nombre, dites hystériques, sont peut-être à rattacher, soit à un trouble du système vago-sympathique, soit à un syndrome sympathico-endocrinien déterminé par une lésion du sympathique ou par une lésion des glandes à sécrétion interne.

Mais ce n'est pas qu'il faille rejeter complètement la cause uniquement *psychique*, *nerveuse* des hydrorrhées. Dans une leçon clinique de M. le Dr Dalché, sur l'hydrorrhée, nous avons relevé l'observation suivante, tout à fait typique et que nous reproduisons *in extenso*.

OBSERVATION XI

(Empruntée à M. le Dr Dalché.)

J'ai été consulté par une jeune fille de 30 à 32 ans, de souche névropathique, elle-même extrêmement nerveuse, anxieuse et mystique, qui depuis sa puberté, souffrait de

douleurs menstruelles d'origine ovarienne : le type de dysménorrhée ovarienne et nerveuse qui commence à la seconde vague menstruelle et se termine par l'apparition de sang. Elle avait eu recours à nombre de médecins, et, un jour, l'un d'eux prescrivit l'application d'une petite ovule de glycérine à l'ichthyol pour tâcher de calmer ces douleurs. Cette jeune fille, vivement offusquée à l'idée de se laisser introduire un ovule, éprouve une répulsion qui la bouleverse, et, dès l'application, immédiatement est prise d'hydrorrhée. Mais d'une hydrorrhée intense, continue, qui a duré trois ans sans s'arrêter et telle que la malade était obligée de garder le lit. Quand elle venait à Paris pour me consulter, c'était un événement, tant elle était fatiguée ; garniture, chemise, draps, tout était mouillé et le nervosisme s'exaspérait de plus en plus.

Tout traitement avait échoué, le mien échoua comme les autres. La malade était une mystique ; il lui restait une suprême ressource. Elle remit toutes ses espérances dans l'au-delà et, pleine de foi, partit en pèlerinage. Dès qu'elle s'approcha de la piscine dont elle attendait la guérison, sans même s'immerger, le flux s'arrêta brusquement et ne reparut plus ; elle guérit instantanément. Malheureusement, elle était guérie de son hydrorrhée, mais non de ses misères ! Il n'y eut qu'une mutation de symptômes, et au bout de peu de temps, la maladie prit l'allure d'une dysménorrhée intermenstruelle comme je n'en ai jamais vu, infiniment plus douloureuse et plus intense que la dysménorrhée menstruelle, véritable obsession à son tour, pour laquelle il fallut avoir recours à toutes les thérapeutiques sédatives.

On voit donc que, chez des malades à constitution

émotive, une cause banale : contrariété, émotion, influence morale, voyage, traumatisme, etc... peut être à l'origine de l'apparition et de la disparition des accidents, et — autre caractère intéressant — dès que par quelque procédé, cet accident a été enrayé, l'idée fixe se projette sur un autre point et détermine d'autres manifestations (dysménorrhée, névralgies, etc...).

De plus, cette hydrorrhée névropathique ne s'accompagne pas de douleurs notables, la malade se sent lasse et surtout ressent un grand ennui moral. L'écoulement accroît sa nervosité et dure un temps indéterminé (des mois, des années, comme dans l'observation ci-dessus), puis disparaît brusquement comme il était venu. « Une de mes malades, dit le Dr Dalché, a été, pendant quatre ans, aussi bien que possible ; elle est retombée aussi souffrante que le premier jour à l'occasion d'un insignifiant polype muqueux dont on l'a débarrassée, et elle continue à perdre quand même ».

VI. — Parentés morbides de l'hydrorrhée utérine

A. — *Hydrorrhée utérine et dysménorrhée intermenstruelle.* — On retrouve assez fréquemment l'association de l'hydrorrhée utérine avec la dysménorrhée intermenstruelle et il n'y a rien d'étonnant à cela : ne retrouvons-nous pas en effet, à l'origine de l'un et l'autre de ces phénomènes, un ensemble de caractères

communs? L'étiologie et la pathogénie sont identiques dans les deux cas ; l'une et l'autre s'observent chez des malades à tempérament névropathique, à constitution émotive, dans l'une et l'autre enfin, on retrouve les signes de l'instabilité vaso-motrice et l'existence des réflexes partant des organes génitaux (ovaire, trompe) ou des viscères avoisinant ceux-ci.

Cette similitude clinique est quelquefois si parfaite que l'hydrorrhée peut se reproduire à des périodes fixes, suivant le même type que la dysménorrhée intermenstruelle. C'est ainsi que certains malades accusent de l'hydrorrhée tous les mois, le quinzième jour entre les règles. Le Dr Dalché cite à ce propos l'observation suivante tout à fait nette.

OBSERVATION XI

(Empruntée à M. le Dr Dalché.)

Il s'agit d'une jeune femme qui, depuis sa puberté jusqu'à son mariage présenta des signes d'insuffisance ovarienne, et n'eut jamais d'enfants. Cette malade se mit à maigrir et à perdre ses forces pendant six mois, se cachectisant de façon progressive; puis un jour, dans la rue, elle fut prise d'une douleur du bas ventre, semblable à celle de l'appendicite. Elle se sentit mouillée et constata qu'il s'agissait d'un liquide clair, assez abondant. Ces crises se reproduisirent et toujours au milieu du mois. On trouve des lésions annexielles, on opère et on découvre une salpingite.

Tout aussi caractéristique est le fait rapporté par Dard.

OBSERVATION XII

(Empruntée à Dard.)

Mme B..., 34 ans, bien portante et mère de trois enfants, accuse dans le bas ventre des sensations douloureuses depuis plusieurs mois. Elle raconte que, depuis trois mois, les règles reviennent toujours régulièrement le premier du mois et que, au milieu de chaque mois, pendant deux à trois jours, elle perd chaque jour deux litres de liquide séreux. Pendant son séjour à l'hôpital, on fut témoin de ces faits et on constata que ce liquide était alcalin, analogue à la sérosité des ascites ; les linges et les draps en étaient imprégnés. Le vagin était lubréfié par le liquide qui sortait de l'utérus. Cet écoulement dura trois jours et pendant ce temps les seins étaient gonflés et douloureux. Ce phénomène s'est renouvelé tous les mois.

On sait que la dysménorrhée intermenstruelle est occasionnée par des réflexes partant d'un ovaire sain (du moins altéré d'une manière inappréciable par l'examen clinique) ou malade et qui peuvent provoquer par un mécanisme analogue l'hydrorrhée de quinzaine. Pour notre maître le Dr Dalché, ces réflexes peuvent partir d'une vague menstruelle. C'est un auteur étranger Stapfer, qui a le premier distingué deux vagues menstruelles : la première commence vers le dixième ou douzième jour après les règles et correspond à la phase de maturation de l'ovisac dont la rupture se fait au quinzième jour ; c'est elle

qui commande à la dysménorrhée intermenstruelle et à l'hydrorrhée de quinzaine. Une seconde vague commence au vingtième ou vingt-deuxième jour et correspond à la phase de maturation du corps jaune qui aboutit au vingt-huitième jour à l'éruption des règles. L'hydrorrhée utérine peut aussi se produire lors de cette deuxième vague ainsi qu'en témoigne l'observation suivante.

OBSERVATION XIII

(Empruntée à M. le Dr Dalché.)

La malade, atteinte d'insuffisance ovarienne depuis le début de sa menstruation, hystérique, somnambulique, nerveuse au premier chef, depuis six mois, trois jours avant ses véritables règles, éprouve une violente douleur dans les reins, puis brusquement, se sent mouillée comme si elle avait uriné, et cela deux à trois fois par jour. Au bout de trois ou quatre jours les véritables règles s'établissent et l'hydrorrhée cesse.

B. — *Hydrorrhée utérine et hydrorrhée nasale.* — L'hydrorrhée utérine peut s'observer également associée à l'hydrorrhée nasale. Celle-ci est caractérisée cliniquement par des accès d'écoulement de liquide aqueux extrêmement abondant par les fosses nasales. Ces accès qui ont une durée très variable sont tels que les malades qui les subissent mouillent des mouchoirs et des serviettes entières. Les signes généraux

de l'hydrorrhée nasale et les caractères du liquide rejeté sont identiques à ceux de l'hydrorrhée utérine. La même pathogénie, le même terrain se retrouvent à leur origine et tantôt on peut voir coexister l'hydrorrhée utérine avec l'hydrorrhée nasale, tantôt les deux écoulements alternent. Les relations entre l'appareil génital et le nez ont été étudiées par Fleiss et cet auteur a même donné le nom de points génitaux à deux zones nasales situées l'une à l'extrémité inférieure du cornet antérieur, l'autre sur le tubercule de la cloison. Il a de plus montré que la cocaïnisation de ces zones calme les douleurs menstruelles; ce procédé a été expérimenté par d'autres auteurs et a donné dans quelques cas des résultats satisfaisants.

Dans son étude récente sur l'hydrorrhée nasale, Leroux (dont nous avons signalé plus haut les recherches sur l'hypothyroïdie chez de telles malades) établit un essai de classification et distingue des hydrorrhées de sécrétion (exagération de la sécrétion normale chez les anémiques, les neuro-arthritiques, etc...) des hydrorrhées de choc ou d'absorption; des hydrorrhées d'élimination; des hydrorrhées réflexes (polypes, etc...). Nous avons déjà vu que les mêmes causes pouvaient être incriminées à l'origine des écoulements hydrorrhéiques. Il y a donc une grande analogie entre ces deux phenomènes tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue clinique.

C. — *Hydrorrhée utérine et autres manifestations.* — Si les liens de parenté sont surtout évidents entre

la dysménorrhée intermenstruelle et l'hydrorrhée utérine d'une part, entre celle-ci et l'hydrorrhée nasale d'autre part, il est encore un grand nombre d'autres manifestations morbides avec lesquelles peut coexister ou alterner l'écoulement utérin.

On a pu observer et rapporter des alternances d'hydrorrhée avec des crises d'entérite, d'entérocolite mucomenbraneuse, des vertiges, des douleurs articulaires, des migraines, des hémorroïdes, des crises d'asthme, des douleurs lombaires et cela se conçoit aisément puisque tous ces troubles sont dus au même terrain neuro-arthritique. La preuve thérapeutique existe de ces relations morbides : le traitement heureux d'une de ces manifestations (urticaire, par exemple) détermine l'apparition d'un autre trouble tel que migraine ou inversement. La guérison n'est obtenue que par une thérapeutique s'adressant au tempérament spécial de la malade.

Nous trouvons encore une explication de quelques-unes de ces associations dans l'anaphylaxie, les crises hémoclasiques et leurs rapports avec l'appareil neuro-endocrinien. Crises de sueur, migraine, urticaire, arthralgies sont des extériorisations variées de la crise hémoclasique et peuvent se combiner avec l'hydrorrhée utérine ou lui succéder.

Enfin, chez les femmes atteintes d'instabilité vasomotrice, l'hydrorrhée pourra coexister ou alterner avec des bouffées de chaleur, des rougeurs de la face, des crises de sueur. La poussée congestive, suivant

l'appareil sur lequel elle se fixe détermine l'un ou l'autre de ces accidents.

Il s'agit en somme dans tous ces cas d'équivalents morbides, comme le mettent en évidence les deux faits cliniques suivants :

OBSERVATION XIV

(Empruntée à Boivin et Dugès)

La malade âgée de 24 ans, est neuro-arthritique. Elle fut tout d'abord soignée pour des vomissements alimentaires rebelles accompagnant des crises de gastralgie. Le traitement fit disparaître ces phénomènes, mais alors apparurent à des intervalles irréguliers des crises caractérisées par des rougeurs intenses de la face avec fixité des yeux et cris étouffés. Ces crises se terminaient par un écoulement de sérosité par le vagin ; celui-ci se produisait seul quelquefois et coexistait alors avec une atténuation des autres phénomènes nerveux.

OBSERVATION XV

(Empruntée à W. J. Mackie)

La malade de souche neuro-arthritique, me consulta d'abord pour une hémorragie utérine secondaire à une fausse-couche. Quand la perte de sang fut tarie, elle fit place à un écoulement incolore se produisant par débâcle et s'associant de façon curieuse avec des phénomènes nerveux, comme on va s'en rendre compte.

Ce fut tout d'abord une crise de gastralgie grave avec collapsus ; la balnéation chaude amène un soulagement immédiat et celui-ci s'accompagna d'un flot de liquide par le vagin. A plusieurs reprises, le même traitement des crises gastriques eut les mêmes effets.

A ces phénomènes digestifs succédèrent des crises de pseudo-angine de poitrine avec ballonnement abdominal et sensation de contriction ; elles se produisaient quelquefois une fois par semaine et même plus souvent ; elles disparaissaient quand apparaissait l'écoulement hydrorrhéique ou alternaient avec ce dernier.

Ces crises persistèrent quelques années, de moins en moins fréquentes, mais avec un cortège symptomatique de plus en plus accusé. Quelquefois l'émission d'une urine très claire et très abondante remplaçait l'hydrorrhée.

Ces deux observations mettent bien en relief comment se succèdent et alternent les divers phénomènes qui traduisent la même cause, en l'espèce le terrain neuro-arthritique.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

L'hydrorrhée ne comporte pas en elle-même de pronostic particulier. Elle ne constitue pas un symptôme de gravité spéciale et n'est jamais tellement abondante qu'elle puisse inspirer quelque inquiétude ; tout au plus, à la longue, lorsque l'écoulement dure depuis quelque temps, cette perte continue de substances albumineuses peut-elle fatiguer un peu la malade.

Le pronostic des hydrorrhées symptomatiques d'affections utérines n'est pas à considérer en lui-même ; l'écoulement n'est ici qu'une manifestation de la maladie, au même titre que les autres signes cliniques, et son pronostic est intimement lié à celui de la lésion de l'utérus (cancer, fibrome, polype, déviation, etc.).

Il n'en est pas de même des hydrorrhées idiopathiques ou réflexes. Ce symptôme se rencontrant avec une fréquence toute particulière chez les femmes à tempérament névropathique ou neuro-arthritique, on conçoit que chez de telles malades l'apparition et la persistance d'un écoulement par les voies génitales ne tarde pas à retentir sur le psychisme. Natu-

rellement habituées à s'observer minutieusement et à exagérer l'importance des troubles morbides qu'elles accusent, un symptôme de caractères aussi particuliers ne peut que les inquiéter, au point qu'elles finissent par en devenir littéralement obsédées. Elles projettent leur idée fixe sur cet écoulement qui peuvent arriver ainsi à un déséquilibre moral inquiétant qui, avec le temps, ira en s'aggravant progressivement.

C'est pourquoi il importe d'instituer une thérapeutique appropriée qui, en amenant la diminution, puis la disparition du flux aqueux, atteindra un double but : outre que le traitement supprimera la gêne considérable qu'entraîne l'issue du liquide hydrorrhéique, il aura une heureuse influence sur l'élément psychique de la malade. C'est dans ce sens que l'on peut dire que le pronostic de l'hydrorrhée peut-être dans quelques cas sérieux.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Nous envisagerons successivement le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et le diagnostic causal.

I. — Diagnostic positif. — L'hydrorrhée est un écoulement ayant des caractères assez nettement différenciés pour qu'on puisse en faire aisément le diagnostic. Nous avons assez longuement insisté sur ceux-ci dans nos généralités pour ne pas juger utile de les détailler à nouveau dans ce chapitre ; rappelons que les caractères pathognomoniques de l'hydrorrhée sont avant tout l'aspect aqueux du liquide, et la brusquerie de l'écoulement qui se produit « en jet », la fréquence et l'abondance de l'épanchement, les symptômes qui l'accompagnent sont trop variables suivant les malades pour que l'on puisse se fonder sur eux.

II. — Diagnostic différentiel. — Bien des causes d'erreur sont à éliminer. Souvent d'ailleurs les femmes que l'on interroge ne peuvent donner de renseignements bien explicites et contribuent par les comparaisons qu'elles emploient à rendre ce diagnostic plus difficile.

1° *Incontinence d'urine.* — C'est la première erreur qu'il faut rejeter. La plupart des malades atteintes d'hydrorrhée viennent consulter en se plaignant de « perdre leurs urines ». Il ne faut pas se laisser égarer par cette affirmation et un examen minutieux sera quelquefois nécessaire avant d'écarter cette hypothèse. L'existence de fistules vésico-vaginales n'est pas rare chez des femmes ayant accouché et doit être recherchée. Tantôt l'exploration à l'aide d'un stylet mettra en évidence le trajet fistuleux ; d'autres fois, soit que cet orifice soit de calibre trop réduit, soit qu'un pli de la muqueuse vaginale le dérobe à la vue, on devra recourir à l'injection par l'urètre d'un liquide coloré (bleu de méthylène, lait, etc. etc.) afin d'affirmer le diagnostic.

2° *Leucorrhée.* — Celle-ci a des caractères tout à fait différents de ceux de l'hydrorrhée. La sécrétion leucorrhéique est jaunâtre, plus ou moins filante, épaisse et visqueuse ; en outre, elle tache le linge. Elle se produit suivant un mode continu et la malade qui en est atteinte en souffre pendant des mois et des années. L'examen de la vulve et du vagin mettra maintes fois en évidence l'affection causale de la leucorrhée et dans nombre de cas, l'examen bactériologique révélera la présence de gonocoques ou des autres éléments microbiens banaux. Si la leucorrhée est d'origine utérine, le toucher, aidé de l'examen au spéculum, montrera les lésions d'endométrite et permettra de constater soit spontanément, soit après l'expression des lèvres du col à l'aide des valves de

l'instrument, l'existence d'une goutte plus ou moins volumineuse apparaissant à l'orifice cervical.

La leucorrhée paroxystique, bien étudiée par Pozzi, est plus délicate à éliminer. Mais, ici encore, les caractères physiques et chimiques de la sécrétion n'ont aucun point de ressemblance avec ceux de l'écoulement hydrorrhéique. D'autre part, autre signe différentiel important : alors que dans l'hydrorrhée deux évacuations de liquide sont séparées par un intervalle plus ou moins durable mais complètement silencieux, dans la leucorrhée il n'existe pas de rémission totale, toujours il persiste une sécrétion seulement moins abondante que dans les crises paroxystiques.

Quant à la *leucorrhée ménopausique*, elle n'existe que lors des périodes menstruelles. Chaque mois, à l'époque où, antérieurement à la ménopause, la femme avait ses règles, se produit un écoulement non sanguin, mais citrin. C'est la leucorrhée supplémentaire des règles encore dénommée « règles blanches ».

3° *Rétention d'injection vaginale.* — C'est là une erreur grossière que l'on peut facilement éviter. Rappelons en effet que certaines femmes, chez lesquelles le périnée est très résistant, ont une déformation spéciale du vagin « en cuvette ». Le liquide, introduit lors de l'injection, tend par suite à stagner dans cette dépression ; lorsque la malade passe de la position horizontale à la station debout, il s'écoule brusquement par l'orifice vulvaire. C'est là une

disposition un peu anormale du vagin, qu'il est bon de connaître.

4° *Hydrorrhée déciduale.* — Chez toute malade accusant de l'hydrorrhée, doit se poser la question de l'hydrorrhée déciduale. Celle-ci, conséquence d'une endométrite catarrhale, est plus fréquente chez les multipares.

Elle peut s'observer dans les deux premiers mois de la grossesse ou à la fin de l'état gravidique. Dans ce dernier cas le diagnostic en est facile, la palpation de l'utérus et le toucher permettront rapidement de rendre manifeste la présence du fœtus. Il en va tout autrement dans l'hydrorrhée du début et l'embarras sera quelquefois très grand : l'interrogatoire de la malade, la date des dernières règles, la recherche systématique des signes de probabilité, l'examen local seront à faire. Et, si quelque doute subsiste, on reportera à quelques semaines un second examen ; on pourra alors avec certitude affirmer si l'on est ou non en présence d'un cas de grossesse.

5° C'est *plus rarement* que se posera la question de savoir si l'écoulement de liquide ressortit à une rupture d'un kyste de l'ovaire, à un vidage d'une hydropisie de la trompe, etc...

III. — Diagnostic étiologique. — C'est là un point des plus importants, car il permet de tirer des conclusions pour le pronostic et de diriger comme il convient la thérapeutique.

Deux grandes classes d'hydrorrhées seront dépar-

tagées par l'examen de l'appareil génital. La malade est ou non atteinte d'une affection utérine.

Dans le premier cas, il sera en général aisé de diagnostiquer la lésion en cause. Le *fibrome* sera facilement reconnu de par le développement et la consistance ferme de l'utérus, l'existence de métrorragies, l'agrandissement de la cavité utérine. De même, l'exploration mettra vite en évidence l'existence d'une *déviation*. Plus délicat sera à faire le diagnostic de *polype* lorsque celui-ci est contenu dans la cavité utérine et n'a aucune tendance à s'extérioriser; toutefois, l'existence de douleurs revêtant la forme de contractions, l'apparition de pertes abondantes, d'abord à type des ménorragies, puis de métrorragies, doivent y faire songer. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de *l'endométrite* qui ne donne pas lieu, en règle générale, à de grandes difficultés. Plus importante à diagnostiquer de bonne heure et moins facile est la *tumeur maligne* du corps de l'utérus, lorsque l'hydrorrhée est la première manifestation du cancer et lorsqu'elle apparaît longtemps avant les douleurs et les pertes sanglantes ; l'examen ne peut donner au début des signes de certitude, il ne donne que des présomptions. On ne pourra donc, dès le premier examen, affirmer le néoplasme et ce ne sera que par une biopsie, ou bien en suivant attentivement l'évolution clinique, que les modifications de l'organe, l'agrandissement de la cavité utérine à l'aide de l'hystéromètre, les changements (aspect trouble, odeur *sui generis*) de l'écoule-

ment permettront d'établir un diagnostic ferme. De même, la dégénérescence maligne sera soupçonnée, lorsque l'hydrorrhée apparaîtra brusquement chez des malades fibromateuses ayant supporté parfaitement cette tumeur pendant des années.

S'il n'existe pas de lésions utérines cliniquement appréciables, on devra tout d'abord songer aux hydrorrhées secondaires aux affections péri-utérines (annexielles, intestinales, etc.) ; une épreuve thérapeutique appropriée montrera si telle était bien en réalité la cause de l'écoulement. Lorsque cette épreuve est négative, la recherche portera sur les troubles du vago-sympathique, sur les signes de déséquilibre endocrinien, sur l'existence d'autres manifestations morbides traduisant le neuro-arthritisme.

Seule, la connaissance de cette étiologie permettra d'orienter le traitement et de tarir l'écoulement hydrorrhéique.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

La thérapeutique de l'hydrorrhée utérine ne peut être condensée en une formule unique, applicable à tous les faits cliniques ; s'il est dirigé exclusivement contre le symptôme, il restera inefficace dans la plupart des cas. Ce n'est pas en effet l'hypersécrétion glandulaire qu'il faut combattre, mais bien la cause qui l'a produite et le terrain qui a favorisé son développement. Même lorsque l'étiologie est connue, il n'est pas quelquefois aisé de tarir l'écoulement : c'est qu'il n'est pas rare, surtout chez certaines malades atteintes de psychonévrose, de devoir tour à tour recourir aux divers procédés thérapeutiques pour n'obtenir qu'un résultat médiocre.

Nous envisagerons le traitement de l'hydrorrhée utérine en adoptant le même ordre que pour l'étude clinique.

I. — Hydrorrhée et affections utérines

Le traitement de cette hydrorrhée est entièrement subordonné à celui de l'affection en cause. Si la mé-

dication symptomatique est utile et amène une diminution dans la quantité de l'écoulement en même temps qu'il espace la répétition des accès, on ne peut espérer une guérison définitive tant que la lésion de l'utérus n'est pas traitée. Nous n'avons pas ici à exposer la conduite à tenir en présence d'un cancer, d'un fibromyome ou d'une autre maladie de l'utérus ; nous verrons plus loin quelle est la médication symptomatique de l'écoulement.

II. — Hydrorrhée thermale

Le meilleur moyen de juguler la crise hydrorrhéique, survenant pendant une cure thermale, est de suspendre la cure elle-même, sans qu'il soit besoin d'instituer quelque thérapeutique locale particulière.

III. — Hydrorrhée idiopathique

Le traitement symptomatique et causal doit être combiné.

A. — Traitement symptomatique. — Il comprend l'association de l'hydrothérapie à l'administration des médicaments.

1° *Médicaments*. — Bien des médicaments ont été prônés dans le traitement de l'hydrorrhée utérine, et c'est avec la médication vaso-constrictrice que les meilleurs résultats ont été obtenus. Nous allons pas-

ser en revue, successivement, la posologie de ces produits.

a) *Opothérapie hypophysaire.* — Elle suffit très souvent à juguler l'écoulement hydrorrhéique. On utilise l'extrait total de la glande pituitaire. « Par l'extrait d'hypophyse, dit Pouliot, on détermine une sorte d'auto-massage utérin qui favorise la circulation de retour et diminue la congestion utérine. En quelques jours de traitement, on voit, dans les métrites s'accompagnant d'hydrorrhée, la sécrétion utérine se tarir. »

Deux modes d'introduction peuvent être utilisés : la voie buccale et la voie hypodermique. Notre maître, M. le Dr Dalché, prescrit volontiers à ses malades de prendre chaque jour trois cachets dosés à 10 centigrammes d'extrait total hypophysaire, et il a obtenu par ce moyen des améliorations rapidement suivies de guérison. Une des observations que nous avons reproduite plus haut (obs. VI), est significative à cet égard.

D'autres auteurs préfèrent recourir à l'injection hypodermique d'extrait d'hypophyse ; cette voie est plus rapidement efficace, mais nous ne voyons guère l'utilité de courir quelques risques à la suite de l'injection pour un symptôme qui ne comporte pas en lui-même de gravité.

b) *Ergotine.* — L'ergotine peut être également employée et, dans certains cas de fibrome à tendances congestives, on obtiendra par ce médicament un double résultat en luttant contre l'hydrorrhée et

contre la tendance aux pertes de sang. L'ergotine peut être administrée sous des formes très diverses ; nous croyons bon de reproduire ici la formule employée couramment à la consultation de gynécologie de l'Hôtel-Dieu.

Ergotine.....	10 cgr.
Sulfate de Quinine.....	1 cgr.
Poudre de feuilles de digitale....	1 cgr.
Poudre de Coca.....	Q. S.

pour une pilule : n° 35.

Prendre par jour 5 de ces pilules, soit 1 le matin, 2 le midi et 2 le soir.

c) *Extrait mammaire.* — On l'a utilisé à cause de son action modératrice et décongestionnante sur l'appareil utérovarien. On peut par exemple formuler.

Cachets à l'extrait mammaire — 50 centigrammes pour un cachet n° 20 — un cachet deux fois par jour.

d) Plus délicat à employer à cause des accidents d'intolérance qu'il peut amener est *l'extrait thyroïdien.* On pourra cependant user de cette médication en commençant par des doses très petites que l'on augmentera progressivement, en maintenant la malade sous un contrôle très sévère.

e) Sont également à conseiller les autres médicaments vaso-constricteurs, *tels que extrait fluide d'Hamamelis, etc...*

f) *Le soufre* peut aussi donner de bons résultats. On sait qu'il produit un effet heureux sur l'élément glandulaire et qu'il est employé avec succès dans le

traitement de la leucorrhée. Il sera bon de ne pas en administrer de trop grandes quantités, de crainte d'obtenir une excitation trop vive de l'utérus (le soufre est à l'origine des accidents de cure observés à Saint-Sauveur, Cauterets).

Tous ces médicaments peuvent être employés isolément. Il sera préférable d'alterner ces diverses médications et de donner par exemple après quinze jours d'extrait hypophysaire, de l'ergotine pendant quelques jours, afin d'éviter l'accoutumance de la malade au médicament. Il sera bon aussi d'y associer la *gélatine* afin de maintenir l'utérus sous l'influence de cette médication vaso-constrictrice. On pourra, par exemple prescrire comme suit :

Gélatine..... 5 grammes
Pour un paquet : n° 15.

Prendre à 9 heures et 16 heures un de ces paquets dans une tasse de lait, de bouillon ou de chocolat.

2° *Applications locales.* — Elles aideront à l'efficacité du médicament en modifiant localement l'utérus.

a) *La glycérine*, qui est un corps avide d'eau, contribuera à décongestionner l'organe. On en imbibera un tampon que l'on portera sur le col utérin en l'en coiffant, et ceci une ou deux fois par semaine.

b) Le *sérum animal* produit également de bons résultats. On utilisera soit le sérum animal lui-même, soit, si l'on n'en dispose pas, le sérum antidiphté-

rique par exemple qui jouit des mêmes propriétés. L'application se fera à l'aide de tampons comme pour la glycérine.

3° *Hydrothérapie.* — Cette méthode thérapeutique ne doit pas être négligée. Elle agit par réflexe et se montre souvent très efficace ; deux procédés nous semblent surtout profitables.

a) *Immersions répétées et successives des mains dans de l'eau très chaude.* — Voici comment l'on opère : on met dans une grande cuvette de l'eau presque bouillante, de manière que la malade en ait jusqu'au coude, le sujet trempe ses mains et les retire immédiatement et ainsi de suite. Cette manœuvre doit être exécutée deux fois par jour, et pendant quelques minutes à chaque séance.

b) *Douches plantaires froides.* — On les donne en se servant d'une lance dans les établissements thermaux. Ceci n'est guère pratique en clientèle ; on fait mettre la malade à genoux dans une baignoire, pendant qu'une personne montée sur une chaise et munie d'un récipient approprié projette de l'eau froide sur la plante des pieds.

B. Traitement causal. — Il est d'une importance capitale et vise à modifier le tempérament neuro-arthritique.

1° *Le régime alimentaire* sera sévère. On proscrira l'usage de la viande (surtout le soir), du gibier, des aliments fermentés ou trop épicés, des poissons (sauf certaines exceptions, telles que la sole et le rouget), on conseillera les végétaux, les purées de

légumes, les fruits cuits, l'usage de café, de thé, de chocolat sera interdit ; le malade n'usera que d'eau, de lait ou de tisanes.

2° *La constipation* qui favorise la congestion du petit bassin sera combattue. On s'abstiendra de prescrire des purgatifs drastiques, pour donner la préférence aux laxatifs, le soufre est très recommandable, soit sous forme de miel soufré, soit associé à parties égales avec la crème de tartre et la magnésie. Il faut veiller à ce que la fonction intestinale soit régulière et quotidienne.

3° Il est un médicament fort ancien qui complète heureusement ces prescriptions d'ordre général. C'est *l'huile de Haarlem*, produit complexe contenant de l'huile de cèdre et des huiles de gaïac, mais dont la composition exacte est inconnue. Elle s'administre en capsules, à raison de deux par jour (soit une au milieu des deux principaux repas); progressivement ce nombre pourra être porté à quatre.

Telles sont les directives du traitement symptomatique et causal de l'hydrorrhée d'origine neuro-arthritique.

Hydrorrhée et psycho-névrose. — C'est dans ce cas que l'on est parfois désarmé. Les procédés thérapeutiques ont une efficacité très inégale et peuvent échouer totalement. Il faut tout d'abord instituer un *traitement psycho-thérapique* : il consiste à calmer les appréhensions de la malade, à la rassurer sur le peu de gravité de l'écoulement, à l'encourager, à la persuader que ce symptôme est bénin et que la gué-

rison est assurée. Ce traitement moral est très décevant et ne réussit que si l'on a pris de l'ascendant sur la malade. Pour calmer le nervosisme, on aura recours à la *balnéothérapie* sous ses diverses formes : douche tiède quotidienne, tub tiède suivi d'une friction sur tout le corps et du repos au lit pendant une demi-heure, on y adjoindra enfin les applications locales de glycérine ou de sérum.

Ce traitement est très décevant. Certaines malades, que l'on croit guéries et qui ont été pendant plus ou moins longtemps dans un état satisfaisant, voient leurs misères revenir subitement après une émotion, un ennui, une fatigue ou quelque autre cause banale.

CONCLUSIONS

De cette étude sur l'hydrorrhée utérine, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. — L'hydrorrhée, écoulement aqueux à début brusque, à répétition variable, accompagnée ou non de prodromes, est un phénomène clinique très spécial qui se rencontre assez fréquemment en dehors de la grossesse.

II. — Elle peut s'observer au cours de certaines affections siégeant dans l'utérus ou dans les organes avoisinants du petit bassin ; elle constitue un mode banal de réaction dans certaines cures thermales.

III. — La recherche des lésions des glandes endocrines, des troubles du système nerveux de la vie végétative, ou d'un complexus endocrino-sympathique ; l'existence du tempérament neuro-arthritique ; les parentés morbides de l'hydrorrhée avec d'autres manifestations (hydrorrhée nasale, dysménorrhée intermenstruelle, crises de sueur, etc...), la notion enfin du choc hémoclasique et de l'anaphylaxie permettent de classer un certain nombre d'hydrorrhées dites réflexes ou idiopathiques.

IV. — L'hydrorrhée n'est pas grave en elle-même, elle a une valeur séméiologique et diagnostique

appréciable qui varie essentiellement avec le facteur étiologique.

V. — A côté du traitement symptomatique, il faut attribuer la plus grande importance au traitement causal. L'association de ces deux thérapeutiques est indispensable pour être efficace, réserve faite pour les hydrorrhées dues aux psycho-névroses dans lesquelles le succès, quand il est obtenu, reste toujours aléatoire.

Vu : le Président de la thèse,
MÉNÉTRIER

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1. *Berthault*. — Etude sur les fibromyomes fluctuants et hydrorrhéiques de l'utérus (La Médecine moderne, 1891).
2. *Boivin et Dugès*. — Traité des maladies de l'utérus, 1833.
3. *Bonet* (*T.*). — Sepulchretum, 1700.
4. *Camus et Roussy*. — L'hypophyse et les centres nerveux infundibulotubériens (Journal de Médecine et de Chirurgie, 10 avril 1924).
5. *Caulet*. — De l'action utérine des eaux de Saint-Sauveur. Paris, 1911.
6. *Claude et Piedelièvre*. — Sympathique et glandes endocrines (Journal médical français, juin 1921).
7. *Courty*. — Maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. Paris, 1881.
8. — Traitement des maladies de l'utérus. Paris, 1874.
9. *Mlle Coutzarida*. — De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer du corps de l'utérus. Thèse Paris, 1884.
10. *Dalche*. — Leucorrhées alternantes et leucorrhées fonctionnelles (Journal des Médecins, 20 novembre 1922).
11. — L'hypophyse dans les maladies des femmes (Revue mensuelle de Gynécologie, mai 1919).
12. — De l'hydrorrhée (Revue mensuelle de Gynécologie, 1920).
13. *Dard*. — Gazette Médicale de Paris, 1855.
14. *Dictionnaire Dechambre*. — Article Utérus, 1886.
15. *Doleris et Pichevin*. — Pratique gynécologique. Paris, 1895.
16. *Duncan*. — Medical Times and Gazette, 1884.
17. *Emmet*. — La pratique des maladies des femmes et leur traitement. Paris, 1887.
18. *Faure et Siredey*. — Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale. Paris, 1914.
19. *Fornero* (*A.*).— Idrorrea di natura endocrinopatica (Gazz. Med. Sicil. Catania. 1920).
20. *Franck*. — Traité de Médecine Pratique, 1843.
21. *Gaillard Thomas*. — Traité clinique des maladies des femmes. Paris, 1879.

22. *Gallard.* — Leçons cliniques sur les maladies des Femmes. Paris, 1879.
23. *Garrigues.* — Non gravid Hydrorrhea (Medical Record New-York, 1886).
24. *Gutierrez.* — Hidrorrea periodica de las muyeres non embarazadas (Ann. de Obst. ginepat. y pediat. Madrid, 1884).
25. *Harvier.* — Pathologie des glandes endocrines (in traité Sergent. Ribadeau Dumas et Babonneix, 1921).
26. *Jobert.* — De l'hydropisie du col utérin (Journal de Chirrugie, 1843).
27. — Journal de Médecine de Lyon, novembre 1842.
28. *Labadie. Lagrave et Legueu.* — Traité de Gynécologie. Paris, 1914.
29. *Lafosse.* — De l'hydrométrie. Thèse de Strasbourg, 1816.
30. *Laignel-Levastine.* — Rapports du sympathique et des glandes endocrines (Journal de Médecine et de Chirurgie, 10 avril 1924).
31. *Lesage.* — Hypophyse et appareil utéro-ovarien. Thèse Paris, 1918.
32. *Mackie* (*W. J.*). — Non gravid hydrorrhea (The Bristish Medical Journal, 1884).
33. *Monod* (*C.*). — Sur certains cas d'hydrorrhée consécutive aux opérations pratiquées chez la femme, pouvant en imposer pour une fistule urinaire (Association française de Chirurgie. Procès-verbal. Paris, 1896).
34. *Monat.* — Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes. Paris, 1874.
35. *Neau.* — L'hydrorrhée en dehors de la grossesse. Thèse Paris, 1919.
36. *Oliver.* — Non gravid Hydrorrhea (The British Medical Journal, 1884).
37. *Peterson* (*R.*). — A case of non gravid hydrorrhea due to Hysteria (J. Mich. M. Soc. Grands Rapides, 1914).
38. *Pouliot.* — Les extraits d'hypophyse en gynécologie (Journal de Médecine de Paris, 30 janvier 1921).
39. *Pozzi.* — Traité de gynécologie. Paris, 1905.
40. *Robert.* — Des maladies utérines et de leur traitement par les eaux de Cauterets. Paris, 1882.
41. *Robin et Dalche.* — Traitement médical des maladies des femmes, Paris, 1922.
42. *Schmidt's Yahresbücher.* — Hydrorrhée au cours du cancer du corps de l'utérus, 1834.
43. *Siredey.* — Hygiène des maladies des femmes. Paris, 1907.
44. *Spanks.* — Gazette Médicale de Paris, 1855.

45. — Station hydrominérales climatiques et maritimes de la France. Paris, 1900.
46. *Tessier.* — De l'hydropisie et de la tympanite utérines hors de l'état de gestation (Gazette médicale de Paris, 1844.
47. *Trelat.* — Clinique chirurgicale. Paris, 1891.
48. *Vitrac.* — Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux, 1897.
49. *West (Ch.).* — Diseases of Women. London, 1858.
50. *Worms.* — Fibrome hydrorrhéique (Société clinique de Paris, 1877).

TABLE DES MATIÈRES

pages

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE PREMIER. — Historique 13

CHAPITRE II. — Généralités 15

CHAPITRE III. — Etiologie 19

CHAPITRE IV. — Pathogénie 23

CHAPITRE V. — Clinique et Observations 30

I. — Hydrorrhée et Cancer 30
II. — Hydrorrhée et fibrome 34
III. — Hydrorrhée et autres affections utérines 38
IV. — Hydrorrhée thermale 42
V. — Hydrorrhée idiopathique 43
VI. — Parentés morbides de l'hydrorrhée 55

CHAPITRE VI. — Pronostic 63

CHAPITRE VII. — Diagnostic 65

CHAPITRE VIII. — Traitement 71

CONCLUSIONS 79

BILBIOGRAPHIE 81

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & Cie, 15, rue Racine, Paris — 6497-24